



## A EXPERIÊNCIA DE DOENÇA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

*The illness experience of psychiatric patients*

*La experiencia de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos*



Camila Muhl  

1 Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

### **Resumo**

O presente artigo busca desvelar a experiência de viver com um transtorno mental desde as proposições da psicopatologia e da sociologia fenomenológica. Contribuíram como participantes da pesquisa vinte usuários com diagnóstico de transtorno mental que estavam sendo atendido em um Centro de Atenção Psicossocial na região metropolitana de Curitiba/PR. Seguindo o método fenomenológico, os dados foram coletados com a técnica da autodescrição proposta por Jaspers e analisadas a partir dos seguintes núcleos de significados: delírio, audição de vozes, alterações nas vivências afetivas e padrões de sono, crise e tentativas de suicídio. A reflexão proposta caminha na direção da importância de compreender a experiência de adoecimento, tal seja, que a doença emerge sempre numa pessoa singular e no seu mundo da vida e isto atravessará a forma como a enfermidade será compreendida, significada e cuidada.

### **Palavras-chave**

Saúde Mental; Psicopatologia Fenomenológica; Experiência de Doença; Sociologia da Saúde

### **Abstract**

The present article seeks to elucidate the experience of living with a mental disorder through the lenses of psychopathology and phenomenological sociology. Twenty service users diagnosed with mental disorders and receiving care at a Psychosocial Care Center in the metropolitan region of Curitiba, Paraná, participated in the study. Following the phenomenological method, data were collected using Jaspers' self-description technique and analyzed according to the following meaning units: delusion, auditory hallucinations, alterations in affective experience and sleep patterns, crisis episodes, and suicide attempts. The reflection developed here underscores the importance of understanding the lived experience of illness—namely, that illness always emerges within a singular person and their lifeworld, shaping how the condition will be understood, interpreted, and cared for.

### **Keywords**

Mental Health; Phenomenological Psychopathology; Experience of Illness; Sociology of Health

### **Resumen**

El presente artículo busca desvelar la experiencia de vivir con un trastorno mental desde las proposiciones de la psicopatología y de la sociología fenomenológica. Participaron en la investigación veinte usuarios con diagnóstico de trastorno mental que estaban siendo atendidos en un Centro de Atención Psicossocial en la región metropolitana de Curitiba (PR). Siguiendo el método fenomenológico, los datos fueron recogidos mediante la técnica de autodescripción propuesta por Jaspers y analizados a partir de los siguientes núcleos de significado: delirio, audición de voces, alteraciones en las vivencias afectivas y en los patrones de sueño, crisis y tentativas de suicidio. La reflexión propuesta apunta a la importancia de comprender la experiencia del padecimiento, es decir, que la enfermedad siempre emerge en una persona singular y en su mundo de la vida, lo cual atravesará la manera en que la dolencia será comprendida, significada y cuidada

### **Palabras clave**

Salud Mental; Psicopatología Fenomenológica; Experiencia de la Enfermedad; Sociología de la Salud

## Introdução

Este é um estudo de psicopatologia, esse ramo restrito dentro das ciências biomédicas que busca investigar os fenômenos psíquicos patológicos, em relação a sua origem, funcionamento e desenvolvimento, ainda que não possua uma finalidade terapêutica ou curativa (Jaspers, 1913/1973; Paim, 1993). Há diversas formas de percorrer o conteúdo psicopatológico, assentadas em arcabouços teóricos que fazem por vezes parecer que há ciências completamente distintas sob a alcunha psicopatologia, assim, cabe explicitar que aciono o aporte fenomenológico neste texto, já que este é o método de investigação que, segundo Paim (1993) e Augras (1986), possibilita penetrar no mundo subjetivo do enfermo psíquico, respeitar a complexidade do real e encontrar o sentido dentro do próprio fenômeno.

A psicopatologia já foi um objeto extensamente observado pela fenomenologia. Começando por Jaspers (1913/1973) que propôs a fenomenologia como método para compreender os fenômenos psíquicos normais e patológicos, passando por Binswanger (2013) que buscava compreender a existência do ser que padece, Minkowski (2016) e Fuchs (2018) com seus estudos sobre as funções psicológicas e suas alterações. A fenomenologia até mesmo pode ser considerada uma das bases de pensamento que moveram a Reforma Psiquiátrica brasileira (Puchivailo, Silva & Holanda, 2014).

Dentro deste rico universo das contribuições fenomenológicas para a psicopatologia, neste trabalho, o foco será o conceito sociológico de experiência de doença. Assim, a doença não é compreendida apenas como um evento biológico ou corporal, mas como resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva da enfermidade, que influenciam as representações de saúde e doença, as práticas de cura, bem como, a negociação entre diferentes processos terapêuticos (Langdon, 2001). Em especial, a partir do tripé teórico que alia psicopatologia, fenomenologia e sociologia, interessa saber como as pessoas compreendem e significam os eventos relacionados ao seu adoecimento.

Para tal, foi acionada a proposição metodológica de Jaspers (1912/2005) das autodescrições dos enfermos como fonte de informação sobre a sua patologia, enquanto uma investigação da experiência vivida. Cooperaram como colaboradores da pesquisa 20 pessoas com diagnóstico de transtorno mental que estavam em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial em uma cidade da região metropolitana de Curitiba-PR, que desvelaram sua vivência com o adoecimento e que ao longo deste artigo foi esmiuçada nas principais apresentações relatadas: delírio, ouvir vozes, alterações nas vivências afetivas e padrões de sono, crise e tentativas de suicídio. Estas manifestações foram compreendidas enquanto experiências de doença e não como itens sintomatológicos dos manuais e índices de doenças, já que, como nos lembra Augras (1986), a complexidade individual nunca se encerra dentro de um diagnóstico, também não há pretensão de explorar a terapêutica para os casos relatados, o foco será a descrição pormenorizada das vivências de casos mobilizando o método fenomenológico, estratégia já usada por Van Den Berg (1973) em seus estudos de psicopatologia.

### Experiência de Doença: explorando o conceito

Na década de 1990, um grupo de antropólogos adentra uma comunidade chamada Nordeste de Amaralina, um bairro de classe trabalhadora da cidade de Salvador (BA), com 90 mil habitantes

à época, para investigar a compreensão da doença, em especial do transtorno mental, como experiência vivida e significada em contextos de ação e interação, tendo como base releituras das teorias sociais de base fenomenológica. Esse estudo dá origem a obra *Experiência de doença e Narrativa* assinada por Míriam Cristina M. Rabelo, Paulo César B. Alves e Iara Maria A. Souza e que veio a ser tornar um clássico nacional das áreas da Antropologia Médica e Sociologia da Saúde. Tendo inspiração nesta pesquisa pioneira, o presente estudo tenta revisitar o tema – transtorno mental – e o conceito chave – experiência de doença – duas décadas depois da publicação do primeiro estudo.

A importância de um estudo fenomenológico sobre a doença, segundo Bak (2019, p. 34) está:

Em contraposição às considerações exclusivamente clínicas, biológicas, fisiológicas e neurológicas do fenômeno, e sob o pressuposto silencioso de que a doença é isso e nada mais, a fenomenologia oferece uma reflexão sobre o significado da experiência da doença, pois aborda o que ela significa para o sujeito e para a coletividade e como ela modifica seu ser no mundo (tradução livre).

Nesse âmbito, a doença é concebida como uma interrupção no curso da experiência, a frustração muitas vezes dolorosa das capacidades do sujeito e a exposição de sua fragilidade (Bak, 2019), não sendo, portanto, uma experiência apenas biológica ou uma oposição à saúde. Experimentar uma enfermidade envolve tanto sentir-se mal quanto os atos de interpretação correspondentes (Rabelo; Alves & Souza, 1999). Para Alves (1993, p. 269) “a sensação de sentir-se mal encontra-se intrinsecamente acompanhada de uma compreensão do seu significado”, portanto, “enfermidade não é um fato, é significação”.

Ainda que se execute o esforço de diferenciar a doença da experiência de doença, o português pode ter suas limitações em relação aos termos, por isso, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) recorrem a distinção conceitual existente no inglês, dentro do campo da Antropologia Médica, entre *disease* e *illness*, ainda que ambas se traduzam como doença. *Disease* é a doença enquanto objeto do conhecimento, diagnóstico, critérios objetivos baseados no saber instituído. *Illness* relaciona-se com o sofrimento da pessoa que se encontra doente, o reconhecer-se mal e atribuir significado a esse fato. A partir do segundo termo, o foco se torna o modo como a doença se manifesta, o que faz dela um acontecimento singular, entrelaçado a uma história individual.

Assim, processo de adoecimento fala sempre do entrelaçamento entre o indivíduo e o seu mundo histórico, social, cultural e geográfico, de modo que compreender o caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura exige sempre um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano:

Por um lado, é preciso compreender a experiência subjetiva da aflição em termos de seu enraizamento no mundo da cultura. Por outro, deve se atentar para os processos sociais pelos quais os indivíduos definem e legitimam certas experiências de sentir-se mal, comunicam e negociam significados para suas aflições e para as aflições dos outros. (Alves, Rabelo & Souza, 1999, p. 15).

A experiência de doença aparece diante da compreensão que o adoecimento é uma situação biograficamente determinada. Schutz (2012) utiliza essa expressão para se referir a uma situação que está encadeada a uma história pessoal e única, enquanto a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo. O autor continua apontando como cada pessoa vive em um “mundo da vida cotidiana”, essa parcela de mundo que se encontra ao seu alcance, e é formado pelas suas próprias experiências, mas também pelas experiências dos que são próximos a ela, sejam seus familiares, amigos, vizinhos, professores e também pelos seus antecessores, as pessoas que habitavam o mundo antes mesmo de seu nascimento. Neste cenário, a experiência de doença emerge como

à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. É importante ter em conta que as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores (Alves & Rabelo, 1999, p. 171).

Operamos sobre o mundo da vida através de “um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um ‘conhecimento a mão’, opera como um esquema de referência” (Schutz, 2012, p. 84). Esse quadro formado é usado na resolução da maioria dos problemas práticos que uma pessoa encontra no seu cotidiano. Mas quando uma situação problema se apresenta, algo que não se explica pelo estoque de conhecimento existente, é preciso buscar novas receitas confiáveis para explicar e lidar com a situação e assim poder reintegrar essa experiência a zona não questionada do mundo (Alves, Rabelo & Souza, 1999; Alves, 2006). O adoecimento se inscreve então entre as situações problema que trarão um impacto para a vida cotidiana, conforme aponta Van Den Berg (1973, p.47) “Estar doente, quer se trate de doença comum ou de doença mortal, significa, antes de mais nada, sentir as coisas de modo diferente, ver de modo diferente, viver num outro mundo parcial ou completamente diferente”.

Como apontado acima, existem diferentes formas de estar doente, há aquelas que tem origem externa ao indivíduo e com conhecimento anatomofisiológico é possível encontrar a causa da doença e prescrever um tratamento. Nesses casos, o conhecimento biomédico realiza seu diagnóstico penetrando “na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência” (Foucault, 1994, p. 15).

Mas, e quando não se pode “ver” a doença? Nem sempre os sinais são facilmente compreendidos, uma vez que em determinadas enfermidades, eles podem se apresentar como um comportamento inabitual ou sofrimento, situações em que os conhecimentos da biomedicina enfrentariam problemas em utilizar seus métodos tradicionais para identificação de doença.

Ricouer diferencia entre os males sofridos por uma pessoa, aqueles que advêm da dor e aqueles que são consequência do sofrimento:

[...] psiquiatria e fenomenologia se dirigem de comum acordo para justificar o seu distinto uso dos termos dor e sofrimento; concordaremos por isso em reservar o termo dor para os efeitos sentidos como localizados nos órgãos particulares do corpo ou no corpo inteiro, e o termo sofrimento aos efeitos suscitados sobre a reflexividade, a linguagem, a relação a si, a relação ao outro, a relação ao sentido, ao questionamento (Ricouer, 1994, p. 01, tradução livre).

Neste artigo nos interessa o mal-estar provocado pelo sofrimento, ainda que este seja difícil de “ver”, classificar e nomear. Loucura, alienação mental, insanidade, desatino, maluquice, doidice, psicopatia, problema de nervos, perturbação mental, distúrbio mental, doença mental, transtorno mental, entre outros, são nomes diferentes que refletem momentos históricos, mas que falam de uma vivência semelhante, sendo que esta experiência muitas vezes é difícil de ser percebida e de ser codificada como uma doença. A incerteza diante da definição faz Basaglia (1979, p.33) afirmar: “não sei que coisa seja a loucura. Pode ser tudo e nada. É uma condição humana. Em nós a loucura existe e está presente como está a razão”.

A ideia de que a loucura é uma possibilidade para o humano trazida por Basaglia, está também presente no argumento de Ricouer e em Jaspers, quando este se questiona sobre o que é o humano e sobre a riqueza infinita da vivência humana. Nesse sentido, loucura e humanidade seriam fenômenos completamente conectados: “a questão sobre o que há de fundamentalmente humano nas doenças mentais, obriga a ver-se nelas não um fenômeno geral da natureza, mas um fenômeno natural especificamente humano” (Jaspers, 1973, p.19)

Ao levar em consideração a experiência de doença no que tange ao transtorno mental, o que se alcança na análise, para muito além da lista de sintomas apresentados ou dos códigos das classificações de doenças, é a singularidade de como a pessoa entra em contato com a sua enfermidade em suas mais diversas facetas:

como ela é subjetivamente vivenciada pelo doente (p.ex., natureza dos temores, conteúdo das alucinações), como se exterioriza em comportamentos (p.ex., transe, autoflagelo), como é simbolicamente representada pelo grupo em que o afligido se encontra (p.ex., possessão por espíritos demoníacos, expressão de conflitos psíquicos inconscientes, disfunção dos sistemas neurotransmissores do cérebro) e que tipo de respostas sociais ela gera (p.ex., encarceramento juntamente com criminosos e outros párias da sociedade, tratamento psicofarmacológico acompanhado por consultas periódicas com um psiquiatra), sem se deixar de ter em mente as complexas interações causais entre esses fatores (Peters, 2017, p. 227-228).

Tendo em vista todas essas possibilidades, retomamos aqui o objetivo desta investigação que buscou desvelar a experiência de doença nas patologias mentais e como cada um dos colaboradores significou e enfrentou a sua situação no mundo da vida, para na sequência do texto, apresentar o método e os achados de pesquisa. Pois como nos lembram Alves, Rabelo e Souza (1999), a experiência nos revela o processo contínuo pelo qual se toma uma posição existencial em face do mundo.

## Método

A pesquisa foi realizada junto a usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço especializado em saúde mental dentro do Sistema único de Saúde (SUS), da região metropolitana de Curitiba (Paraná, Brasil), onde 20 pessoas com diagnóstico de transtorno mental relataram sua experiência de doença em gravações de áudio que posteriormente foram transcritas para análise. Todos os preceitos éticos foram seguidos no decorrer da investigação, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 67177417.1.0000.0102; Número do Parecer: 2.044.014).

Para uma pesquisa fenomenológica “interessa apenas a experiência real, apenas o perceptível e o concreto” (Jaspers, 1912/2005, p. 784), sendo que este conteúdo pode ser acessado nos fenômenos psicopatológicos a partir dos seguintes procedimentos, conforme proposição de Jaspers: 1) a imersão nos gestos, comportamentos e movimentos expressivos dos pacientes psiquiátricos; 2) a exploração pelo questionamento direto e por meio da avaliação que os próprios pacientes fazem de si mesmos; e 3) autodescrições<sup>1</sup>, este último tendo sido utilizado no âmbito dessa investigação.

Após a coleta dos dados, para uma compreensão científica dos quadros psicopatológicos, cabe ao pesquisador definir, diferenciar e descrever os fenômenos psíquicos:

Devemos principiar com uma representação clara do que realmente está se passando com o paciente, o que ele está realmente experimentando, como as coisas surgem em sua consciência, quais suas sensações, e daí por diante. E nesta etapa devemos pôr de lado todas as considerações sobre a relação entre as experiências ou sua síntese num todo unitário, e especialmente devemos evitar o emprego de quaisquer construtos básicos ou modelos de referência. Devemos figurar apenas o que de fato se apresenta à consciência do paciente; qualquer coisa que não se apresentou realmente à consciência do mesmo estará excluída de nossa consideração. [...] devemos voltar nossa atenção apenas para o que podemos entender como tendo real existência, e que podemos diferenciar e descrever (Jaspers, 1912/2005, p. 774),

O encadeamento da pesquisa fenomenológica, enquanto método de coleta de dados e de análise, nos leva num caminho de descrição pormenorizada, compreensão e perseguição dos significados. Assim, ao final do processo de investigação, o pesquisador torna os fenômenos psíquicos mais cognoscíveis, precisos e individualmente reconhecíveis (Jaspers, 1912/2005). Bak (2019) complementa que ao mobilizar a fenomenologia na investigação da experiência de adoecimento é possível corrigir a injustiça epistêmica de outras áreas científicas que não dão credibilidade ao testemunho do doente, bem como, avançar na compreensão hermenêutica da enfermidade.

---

1 A proposta original de Jaspers (1912/2005) é que os pacientes psiquiátricos fizessem as autodescrições de maneira escrita, sabendo que nem em todos os casos seria possível, mas que quando fosse esse tipo de documento teria um alto valor. No âmbito desta pesquisa a autodescrição foi feita de maneira oral, durante as entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas.

Todos os nomes utilizados ao longo do texto são fictícios para proteger as informações pessoais dos participantes de pesquisa e, ainda que, nem todos os 20 entrevistados apareçam nominalmente no texto, os relatos de experiência que ouvi de todos eles embasaram as reflexões que apresentarei a seguir.

### Fenomenologia da Loucura

Em consonância com o aporte da psicopatologia e da sociologia fenomenológica, nesta seção são apresentados os resultados e a discussão sobre a experiência de doença de pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Nesta tarefa, nos alerta Ricouer (1994, p. 01, tradução livre), não cabe fazer investigações nosográficas nem tampouco ter como foco a clínica, mas tão somente, se debruçar sobre a “experiência humana mais comum e mais universal do sofrer”.

O método adotado foi explorar as vivências dos sintomas através da autodescrição dos doentes (Jaspers, 1912/2005). Os relatos dizem respeito a 20 pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, sendo 14 mulheres cisgênero e seis homens cisgênero, com idades entre 19 e 59 anos, que estavam em atendimento em um serviço público de saúde mental. Tomando-se os relatos das experiências é possível desvelar os significados do fenômeno:

Uma vez comprometidos nesse caminho, nós continuamos nossas pesquisas e uma coisa sempre me surpreendeu: no fundo, quem diz loucura, diz desordem. Pois bem, nessa desordem, há também uma certa ordem, uma vez que o número de síndromes características é limitado. Poderíamos afirmar que essas desestruturações não ficam à deriva, mas seguem traços que são pré-formados e que se repetem sempre da mesma forma, pelo menos, em suas grandes linhas (Minkowski, 2016, p. 84).

A fenomenologia nos permite assim, conhecer essas formas, as grandes linhas nas quais o vivenciar acontece (Jaspers, 1912/2005) e que através dos relatos colhidos aqui serão apresentados nas seguintes categorias ao longo do texto: a **audição de vozes**, **alterações nas vivências afetivas** e **padrões de sono**, **crise**, **tentativas de suicídio** e o **delírio**, que será o primeiro tópico detalhado. Para Paim (1993) o **delírio** é uma apresentação patológica da função juízo, onde a pessoa chega a uma conclusão sem nenhuma correlação com a situação objetiva realmente existente. O juízo consiste na afirmação ou negação da relação entre dois conceitos e são expressos na linguagem através de enunciados, avaliações, julgamentos. O juízo pode expressar a verdade ou o erro, conforme suas afirmações correspondam ou não à realidade. A incapacidade de corrigir um conjunto de sistemas falsos é o que caracteriza a alteração patológica que aqui chamamos de delírio.

Vejamos as autodescrições da experiência do delírio:

*“Eu estava desconfiando até dos meus amigos de escola, desses negócios aí, desconfiava de todo mundo, tinha medo das pessoas [...]. Eu estava achando que tinham hackeado o meu PC, que tinha alguém me vendo, me controlando [...]”* (Rafael, 19 anos, estudante).

*“[...] daí eu vou me trancando dentro de casa, é como se os vizinhos estivessem me xingando, minha família tivesse me xingando, é como se eles, se as vozes tivessem falado para eles que eu sou isso, tipo assim sabe?” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).*

*“Então, foi um caso assim que eu vi a minha mãe como sendo o próprio demônio e meu pai sendo Deus, meu pai era Redentor e eu andava pelas ruas e eu sentia que eu conhecia todo mundo né...” (Tereza, 48 anos, do lar).*

O conteúdo delirante muda de um entrevistado para outro, Tereza por exemplo, tem uma experiência permeada de elementos religiosos que pode ser valorada positivamente já que ela se sente especial, tendo um dom; já para Selma e Rafael o conteúdo é persecutório e coloca em risco a relação com aqueles que estão à sua volta. No caso de Selma e Tereza, o delírio vem acompanhado de alucinações auditivas e visuais. Estas diferenças que marcam os delírios não são apreendidas quando o discurso delirante não é tomado em sua totalidade, pois é através dela que se pode identificar os elementos comuns aos delírios e, principalmente, o que é novo para cada um. Tomar o delírio como uma comunicação de conteúdo é o recurso que nos permite identificar as unidades de significado do discurso delirante e, assim, percebê-los como únicos, e não como a apresentação de uma categoria sintomatológica totalizante trazida nos índices de doenças, onde se faz um *check* neste critério diagnóstico e se desconsidera os sentidos da vivência.

Nos relatos podemos observar também a convicção delirante, usando a formulação de Minkowski (2016), ou seja, existe um sentimento prévio que dirige o delírio, que faz como que esse se apresente de forma intensa e inquestionável. A convicção delirante de Selma e Rafael é a mesma – o fato de eles estarem sendo perseguidos – ainda que o conteúdo do delírio seja distinto para os dois. As experiências prévias também impactam no delírio; de tal modo, Rafael que é um adolescente e faz uso constante de computadores e celulares, acha que sua perseguição é feita por meios tecnológicos, diferente de Selma que usa um celular antigo que apenas realiza chamadas e não tem acesso à internet em sua casa.

No delírio é como se o mundo se partisse em dois, sendo que a pessoa consegue habitar ambos simultaneamente, enquanto as pessoas a sua volta só têm percepção de um desses mundos (Jaspers, 1913/1973; Minkowski, 2016). Os entrevistados continuam agindo e sendo nesse mundo compartilhado com os outros - eles não estão constantemente delirando - mas também tem vivências desse outro mundo psicótico, que na sua percepção são tão reais quanto as primeiras.

Outra vivência que implica esse mundo partido, é a experiência de **audição de vozes**:

*“Eu pegava faca, eu escutava ele [ex-marido] chegando, escutava o próprio sabe? me chamando, daí eu comecei a escutar vozes” (Juliana, 30 anos, serviços gerais).*

*“No começo eu era iludido por essa voz, eu achava que a rádio estava falando comigo, que a TV estava falando comigo e as vozes de comando falavam comigo e associado com a voz tinha a sensação, sentimento ruim, associado com o sentimento e com a voz tinha sensações no corpo: se eu não obedecesse aquela voz acontecia coisas, por exemplo arrepio, sentia dor de cabeça [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).*

*“A voz me xingava, ela me humilhava, era como se fosse duas vozes: uma humilhando e a outra me animando. Era uma dizendo assim: ‘corta os pulsos, você não vale nada, você não tem sangue nas veias’”, tipo assim, uma voz dizendo: ‘você é a pior pessoa’ e outra dizendo: ‘não faz isso não, não faz, você tem teus filhos’. Sabe? era como se fosse um lado bom e um lado ruim” (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).*

*“Quando eu escuto vozes, essas coisas, eu falo ‘gente sai de perto, eu não vou fazer o que vocês estão mandando”” (Adélia, 53 anos, cozinheira).*

Utilizando as proposições de Paim (1993), podemos compreender a alucinação como uma imagem representativa ou imagem fantástica que adquire os caracteres de sensorialidade necessários para ser aceita pelo juízo de realidade como proveniente de um objeto exterior. Essas representações não se originam de percepções reais, mas surgem paralelas e juntamente com as percepções reais, portanto, são experienciadas da mesma maneira pela pessoa, sendo a alucinação uma falsa percepção por não corresponder a nenhum objeto ou coisa real, atual ou presente, situado no campo sensorial. As alucinações podem ser visuais, auditivas, táteis e de contato, olfativas, gustativas, cinestésicas e cenestésicas, sendo as alucinações auditivas as mais frequentemente relatadas.

Nos excertos acima, novamente podemos notar como o conteúdo psicótico se coloca como uma realidade inquestionável, que leva inclusive Adélia a interagir com as vozes. Esta interação faz com que um conselho diante da queixa de ouvir vozes ofertado por parte de leigos (e às vezes por profissionais de saúde), que é dizer “essa voz não é real” seja completamente falso, já que o fato de outra pessoa não escutar, não quer dizer que o doente não esteja realmente ouvindo; e também inefetivo, como no caso de Kevin, em que o conteúdo da voz tem um caráter compulsivo, que o faz realizar as atividades demandadas para evitar que algo pior aconteça. Assim, como dizer à Vilma que a voz não é real, quando a mesma já bateu a cabeça em móveis com o intuito de silenciá-las?

*“Eu cheguei a bater minha cabeça no guarda-roupa porque não estava aguentando as vozes que eu estava ouvindo, eu não lembro tudo assim direitinho... Porque eu ainda tenho, recentemente, às vezes eu ouço, mas eu não decoro o que que eles falam, mas eu escuto, eu escuto às vezes no ventilador, no micro-ondas, na geladeira, no aspirador” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).*

Van Den Berg (1973, p. 23) afirma que “uma coisa é certa; o mundo a que o paciente se refere, para ele é tão real quanto, para nós, o mundo em que vivemos”, portanto, tem pouca eficácia terapêutica confrontar a pessoa com as suas contradições: assim como nós, Vilma aprendeu que objetos não falam, mas em sua experiência vivida ela ainda pode ouvir o ventilador falar com ela. Em outro momento da entrevista, Vilma afirma:

*“Quando eu comecei a orar de madrugada eu comecei a ouvir vozes também junto... uma vez eu estava orando de madrugada e um vulto caiu assim na janela do meu quarto e falou assim ‘é ela que tá orando’, só que eu estava orando em pensamento,*

*ninguém estava escutando, nem meu marido, meu marido estava dormindo entendeu? Então foi assim que foi começando, daí teve outro dia assim que eu escutei uma voz falando ‘Esse casal é uma benção’” (Vilma, 39 anos, auxiliar de produção).*

Comparando os dois relatos de Vilma, podemos perceber como os sintomas do transtorno mental podem ser ambivalentes e a mesma experiência de ouvir vozes que a faz bater a cabeça em busca de silêncio quando expressa um conteúdo negativo pode, em outro momento, a fazer se sentir especial quando traz conteúdos espirituais, uma vez que a religião tem grande importância em sua vida, demonstrando mais uma vez a relevância de buscar os significados destas experiências.

Schutz (2012), fala sobre como as pessoas levam suas vidas cotidianas de acordo com a atitude natural, enquanto o estado mental assumido na realização espontânea e rotineira das tarefas diárias e na interpretação do mundo da vida. Essa atitude pode ser assumida porque o mundo é conhecido e a pessoa possui um estoque de conhecimento sobre ele, que diz como agir em cada situação. O adoecimento aparece para a pessoa como uma ruptura da atitude natural, daquilo que era conhecido e não era questionado:

A experiência é constituída por habitualidade e concordância. Há uma certeza tácita em nossa vida cotidiana de que o mundo existe e não cessa. Isso se baseia na natureza contínua da experiência corporal, o que significa, em primeiro lugar, que as sensações têm um caráter de campo, ou seja, não há rupturas ou momentos vazios, mas também, em segundo lugar, que a experiência segue um certo curso “normal” de percepções “corretas” (Bak, 2019, p. 40, tradução livre)

Dentro das experiências psicóticas, essa ruptura pode aparecer com o sentimento de estranhamento, aonde já não se conhece o que antes se conhecia. Van den Berg (1973) relata a partir das descrições dos seus pacientes que o transtorno mental pode acometer quatro áreas diferentes: as mudanças que se produzem no mundo observável, as mudanças no corpo, as alterações nas relações com outras pessoas e naquelas que concernem o seu passado e seu futuro. Aqui o destaque é a modificação da relação do eu com o seu mundo circundante, como a presença do estranhamento:

é a experiência insuportavelmente tensa de um estranhamento radical do mundo o que pode levar à construção de visões delirantes sobre a realidade, como se o sujeito fosse forçado a tecer alguma teoria explanatória que desse sentido à sua experiência, apaziguando assim a sensação de não compreender algo que, apesar disso, o assalta existencialmente de modo inescapável (Peters, 2017, p.114).

O estranhamento pode vir desde a forma como se percebe o mundo circundante como também em relação ao senso prático, onde tarefas que antes eram feitas de forma inadvertida, agora são impossíveis de serem realizadas:

*“Eu perco a lógica do mundo aqui, é tipo assim, é como se passasse para um outro mundo. Se você falar comigo eu não estou prestando atenção em você, eu não consigo te entender”* (Selma, 38 anos, auxiliar de cozinha).

*“era uma época eu estava totalmente desligada assim, eu não conseguia prestar atenção, eu mal conseguia falar porque tinha tantas coisas na cabeça, eu escutava tanta coisa que quando eu ia falar eu pensava uma coisa e eu ficava tipo ‘não tô conseguindo falar porque eu não estou entendendo o que eu tô falando’”* (Helena, 20 anos, estudante)

Fuchs (2018) explica que na esquizofrenia o que é habitual e cotidiano pode se tornar inóspito e estranho em função de uma perturbação da vivência de si na dimensão espaço-corporal, ou seja, na ligação existente do sujeito e seu corpo com o mundo da vida. Nesses casos é comum que ocorra uma dissolução dos nexos formais resultando numa perda de significâncias familiares e que pode levar a um questionamento do mundo percebido. Não foi o mundo que mudou, como parece à pessoa no centro dessa experiência, mas foi a própria pessoa que mudou, que agora experencia a psicose e isso altera a sua relação com o mundo, como explicita Van Den Berg (1973).

O processo de estranhamento do familiar também pode tomar a forma reversa e a pessoa experimentar um constante *dejà vu*, onde experimenta estímulos novos como algo que já é conhecido (Peters, 2017). Tereza, por exemplo, sente que conhece todas as pessoas com quem entra em contato, mesmo que sejam completos desconhecidos que passam por ela no transporte público:

*Quando eu entrava no ônibus, por exemplo, já via que eu conhecia a pessoa, eu comecei a conversar telepaticamente com todas as pessoas e tudo aquilo que eu sentia assim que ia acontecer, acontecia realmente”* (Tereza, 48 anos, do lar).

A vivência relatada por Tereza parece se tratar do que Fuchs (2018), inspirado na obra de Jaspers, chama de atmosfera estranha: uma alteração de percepção que gera uma transformação enigmática e estranha do mundo circundante. É a atmosfera estranha que permite que alguém não reconheça um rosto que já viu muitas vezes, ou que, como Tereza, tenha impressão de conhecer rostos desconhecidos.

Os relatos apresentados até agora permitem também nos perguntar sobre a relação entre a psicose e o senso comum, problematização inspirada pela obra de Blankenburg (2013). O senso comum fala da familiaridade, obviedade e mundanidade da pessoa para com as coisas diárias e banais de seu cotidiano, enquanto uma evidência natural da existência, mas que em pacientes esquizofrênicos parece estar alterada de modo que eles possuem redução na capacidade de construir pequenas habitualidades cotidianas e as coisas mais ordinárias do dia a dia (Fukuda, Fukuda & Holanda, 2024). A impressão que fica para a pessoa é que todos receberam um livro com as instruções de como agir no mundo, mas que o dela se perdeu, resultando na sensação de estranhamento, já apresentada aqui, e na diminuição da capacidade de ação, que apresentaremos na sequência.

Outra experiência que nossos entrevistados narram sobre o que é ter um transtorno mental é a **alteração na vivência afetiva**<sup>2</sup>, que pode incluir tanto a apatia, a indiferença afetiva, sentimento da falta de sentimento ou sentimentos sem objetos, conforme as alterações patológicas da afetividade listadas por Paim (1993). Fuchs (2018) relata que os sentimentos são respostas afetivas a um determinado acontecimento, que trazem consigo modificações corporais (como chorar ou arrepiar) e impele a determinados comportamentos, assim, é através dos sentimentos que cada um experimenta como é estar em uma ou outra situação. As queixas abaixo retratam o incômodo que as pessoas sentem por não conseguirem gerenciar suas emoções:

*“Eu chorava muito, eu estava muito nervosa, eu não comia, não dormia, só chorava, só chorava.”* (Glória, 46 anos, do lar).

*“Às vezes eu me encontro rindo e chorando ao mesmo tempo e eu não sei porque que aconteceu isso comigo, porque que eu estou rindo, porque que eu estou chorando, eu não sei explicar, não tem explicação”* (Adélia, 53 anos, cozinheira).

*“Eu não conseguia dormir, chorava à toa, o mesmo tempo que eu estava chorando eu estava rindo, tipo, desespero, medo de pessoas [...]”* (Betânia, 36 anos, química),

*“Eu peço a Deus todo dia que me dê um sorriso nos meus lábios, porque às vezes eu não consigo sorrir. Às vezes eu não consigo sorrir de jeito nenhum”* (Tereza, 48 anos, do lar).

*“Eu comecei a passar mal, coisas que eu não tinha eu comecei a sentir, sentir medo, o que para mim era simples tornou a ser difícil, digamos lavar uma louça para mim era a coisa mais fácil eu ia lá e levava e pronto, agora eu ficava pensando, tomar banho, eu ia tomar banho e não precisava pensar para tomar banho, eu ia tomar banho rapidinho, as coisas começaram a ficar difíceis e eu comecei a ver que eu não estava dando conta, aquilo que eu fazia por prazer eu estava fazendo por obrigação [...]”* (Ivone, 52 anos, gerente geral).

Glória, Adélia e Betânia falam desse excesso de afetos que não encontra razão de ser na realidade vivida: não há motivo para chorar, não há motivo para rir, não há motivo para ter medo, mas ainda assim todos esses sentimentos se intrometem e tomam conta da vida, a ponto de interferir no sono, por exemplo. Para Fuchs (2018), as emoções são caracterizadas pela intencionalidade e se referem a pessoas, objetos, acontecimentos ou situações no mundo específicas, sobre os quais desenvolvemos significados específicos. Nos relatos anteriores, os entrevistados parecem não encontrar o objeto intencional das suas vivências afetivas e conseqüentemente não conseguem significá-las, o que traz sensação de alheamento. Ainda assim, as emoções têm capacidade de arrebatamento e interrompem o curso instantâneo da vida (Fuchs, 2018).

<sup>2</sup> Dentro das vivências afetivas incluem-se: humor, estado de ânimo, emoções, sentimentos, afetos e paixões (Dalgalarrodo, 2008).

Já Tereza e Ivone estando no polo contrário, falam da sensação de falta de afetos, da ausência de sentimentos, em especial, aqueles de satisfação pessoal, que fazem inclusive Lorena, outra participante da pesquisa, declarar que se sente uma pessoa morta justamente por não ser capaz de sentir. A depressão, segundo Fuchs (2018), tem a capacidade de fazer desaparecer as tonalidades afetivas e as atmosferas sentimentais. É como se as pessoas desenvolvessem uma “surdez emocional” e não fossem capazes de serem afetados pelas coisas, pessoas ou situações. Para Van Den Berg (1973), um quadro depressivo faz com que a pessoa sinta que a vida passa muito vagarosamente, isso faz com que o seu corpo também se mova devagar e penosamente, afetando a ação voluntária, como vimos no relato de Ivone.

A vivência afetiva é importante pois ela conecta a mente ao corpo, uma vez que as respostas emocionais são também corpóreas, como uma lágrima ou o rubor, e também faz a conexão com o mundo, já que é ele que desperta as reações emocionais. Ainda que tenham ficado por muito tempo relegadas a um segundo plano na ciência, que invocava a razão como objeto e método, é importante aprofundar os estudos sobre esta função psicológica, uma vez que ela permite que façamos uma leitura do mundo e dos outros, o que quando a afetividade está alterada, pode transformar-se em dificuldade de interação ou experiência de alienação (Gaspari, 2022; Santos, Oliveira, Ferrarini & Muhl, 2025).

A presença de opostos acontece também em relação aos **padrões de sono**. Alguns entrevistados apresentam-se com insônia e em outros com sonolência constante (hipersonia):

*“Têm vezes que consigo dormir, têm vezes que não, eu tenho medo de fazer mal para minha família, tenho medo de tirar a minha vida, porque eu acho que chega uma hora que a tua cabeça fica, tua cabeça fica tão [...]”* (Adélia, 53 anos, cozinheira).

*“Só queria ficar dormindo e não queria sair de casa e tinha medo de tudo, tinha medo de sair para rua, medo de tudo e isso aí ainda tenho medo hoje mas já diminuiu um pouco”* (Edson, 55 anos, pedreiro).

A insônia costuma ser uma variedade na psicopatologia da hiper-reflexividade: a pessoa que costumava poder confiar no seu corpo para entregar-se ao relaxamento e dormir, experimenta uma situação em que isso não acontece, o que causa sofrimento. Na próxima vez em que se deitar para dormir, querendo evitar o desconforto da noite em claro, o insone se coloca vigilante sobre todos os aspectos da sua vivência para tentar identificar qualquer sinal de que não conseguirá dormir. Quanto mais monitora o sono checando os elementos que podem evitar o adormecer, menos relaxado fica e mais se afasta do momento efetivo de dormir (Peters, 2017).

Assim como quando Adélia tenta afastar os pensamentos de heteroagressão na hora de dormir para relaxar, o que ela consegue é justamente o contrário. Peters (2017) esclarece o processo em que quando uma pessoa dirige a sua mente a ordem de não pensar em algo, paradoxalmente é só sobre isso que o foco de atenção permanece. Assim, “a tentativa de supressão ou afastamento de pensamentos indesejados termina por intensificar a frequência com que estes pipocam na mente” (Peters, 2017, p. 210) e o resultado que se obtém é o oposto do esperado: Adélia não consegue se afastar dos pensamentos obsessivos e não consegue dormir.

Padrões de sono até podem parecer um sintoma menor diante dos outros aqui apresentados, mas eles têm um peso no cotidiano das pessoas, já que podem prejudicar a realização das tarefas. Na insônia, a pessoa fica com a atenção diminuída. Na hipersonia, a pessoa nem levanta da cama para fazer suas atividades. Esse é um tipo de sintoma que afeta a rotina da pessoa com transtorno mental, enquanto outros são mais episódicos, como ter um delírio ou entrar em crise.

Se acionarmos as representações sociais do que seria uma pessoa louca, provavelmente as ilustrações que encontraremos serão dos momentos de **crise**: em que a pessoa está alucinando, falando com alguém que não está presente, abandonando a higiene e até mesmo se tornando agressiva. Isso realmente pode acontecer, mas para as pessoas que estão recebendo tratamento para o transtorno mental é menos frequente, são episódios ocasionais. Assim, é importante afastar a ideia de que a pessoa psicótica está constantemente em crise, como lembra Augras (1986, p. 12): “A vida é procede dialeticamente. ‘Ordem’ e ‘Desordem’ são etapas constantes no desenvolver do homem e do mundo”.

De modo geral, pode-se compreender a crise como um período de agudização dos sintomas, que aparece como grande perturbação à norma e à trajetória da pessoa com transtorno mental. Cada pessoa manifesta de forma própria os sintomas agudos dificultando a formulação de enunciados fechados sobre o tema. Além disso, a previsibilidade do aparecimento da crise, bem como sua duração, são um desafio para as ciências que tratam do transtorno mental (Muhl, 2019). Lobosque (2015) lista algumas das apresentações de uma situação de crise em saúde mental como a perda do controle sobre si mesmo, a falta de crítica quanto ao próprio quadro psíquico, graus elevados de atividade delirante-alucinatoria e de desorganização de pensamento e comportamento, elevação ou depressão excessiva do humor, ideação suicida severa e persistente, ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade, sobretudo com ameaça de repetição.

A crise é o momento mais sensível do processo de atenção a uma pessoa com transtorno mental, em que ela mais demanda cuidados. Fuchs (2018) fala desses episódios como situação limite, em que a presença de linhas de ruptura, conflitos incontornáveis e contradições acabam por gerar uma vulnerabilidade específica que faz emergir o adoecimento psíquico. A crise também pode trazer grandes reverberações para a narrativa pessoal, como o abandono de emprego, e para o itinerário terapêutico, como o engajamento em novas opções de cuidado.

A crise pode ter diferentes formas de apresentar-se:

*“Liguei o chuveiro, tomando banho bem sossegado, até coloquei um rádio ali para escutar, quando olhei uma moça disse ‘vire só aquela tampinha ali e vai enfiando, vai enfiando tudinho na sua garganta até o final’, eu falei ‘vire você’ e ela falava e mandava, só que eu falava para ela que eu não ia fazer e eu fui enfiando, fui enfiando na boca dela e ela burra foi abrindo a boca [risos] quando eu fui olhar adivinha o que era? Eu não tinha estourado o cano e aquilo lá estava dentro do chuveiro, dentro da boca da tal mulher, a minha filha falou que não era” (Adélia, 53 anos, cozinheira).*

*“No primeiro surto eu tinha um equilíbrio, por mais que eu estava fora de si, eu tinha um equilíbrio de controlar as minhas emoções, bem pouco assim, mas no segundo surto eu não tinha equilíbrio nenhum, controle nenhum de nada, eu começava a gritar do nada porque era muito desespero e muito sofrimento [...]” (Kevin, 26 anos, auxiliar de produção).*

*“No dia que eu tive o surto no serviço, daí eles me levaram, a ambulância que foi me atender lá no trabalho, que eu tinha quebrado o laboratório inteiro onde eu trabalhava com a crise de depressão [...] eu taquei um carro em cima do meu chefe para tentar matar ele no dia que eu tive o internamento, então foi assim, tudo junto, uma mistura de medo, de transtorno, tudo junto, tudo misturado”* (Betânia, 36 anos, química).

*“No dia 27 de agosto de 2013 aconteceu o acidente com a minha irmã e todo mundo falando que era eu, porque eu estava em casa com ela, não sei o que, que eu agredi ela, mas eu não lembro de nada, eu não lembro de nada”* (Fabiana, 20 anos, desempregada – explica o episódio em que a irmã foi agredida fisicamente supostamente por ela).

*“Aí quando ela [mãe] viu, ela falou ‘nossa que que é isso?’ e eu tinha me cortado de madrugada então o machucado estava visivelmente aberto e com sangue e aí ela se assustou... ‘Meu Deus minha mãe vai enfartar’ [...] por causa desse momento de inércia, de você estar desligado e não saber o que é real ou não de você precisar de alguma coisa para provar para si mesmo que você está ali: ‘Nossa, legal! Tô viva! Nossa realmente estou sentindo alguma coisa, é real, tá sangrando’ [...] nessa fase eu tinha um estojinho no que tinha álcool, tinha gilete, qualquer coisa que cortasse, porquê, por incrível que pareça, é estranho isso, eu tentava limpar antes de me cortar, por que o intuito era só se sentir lá, acordada [...]”* (Helena, 20 anos, estudante – sobre um episódio de automutilação).

*“No outro dia eu voltei a trabalhar e eu entrei e começou tipo assim um aperto no coração, minha garganta parece que trancava, um calor na cabeça como se fosse perder os sentidos, um suor excessivo no rosto e palmas da mão, coisas assim e o meu coração começou a disparar e eu fui no médico e falei para médica que me atendeu, era clínica geral, eu falei para ela ‘doutora eu acho que eu estou tendo um infarto ou alguma coisa assim porque o meu coração parece que vai explodir, tá muito apertado aqui dentro’ e comecei a chorar e tive uma crise de choro desesperada [...]”* (Lorena, 39 anos, vigilante).

No caso de Adélia e Kevin a crise vem em um momento de presença intensa de vozes que fazem com que os mesmos tenham comportamentos considerados bizarros, como estragar o próprio banheiro ou gritar “sem motivos”. A crise de Betânia e Fabiana ganham contornos de violência e heteroagressão, tendo como alvos o chefe e a irmã, respectivamente. Já para Helena, o alvo da agressão é ela mesma, como uma forma de sentir alguma coisa, porque ao sentir algo ela sabe que ainda está viva. Para finalizar, temos a crise de Lorena que toma forma em sintomas físicos e ela acredita estar infartando e não tendo sintomas do transtorno mental.

A crise não é uma experiência isolada, ela acontece sempre no mundo da vida da pessoa, em um contexto complexo que envolve relações, corpo e cultura, não podendo essa complexidade ser reduzida (Puchivailo, Costa & Holanda, 2019). A crise sempre comunica algo, e enquanto tal, deve ser escutada e cuidada:

A crise se torna então mais do que uma dor ou uma situação patológica a ser rapidamente sanada, mas especialmente um momento de oportunidade de compreensão de uma situação de vida, de um contexto. Isso quer dizer também que é importante pautar nossas ações no contexto de vida do sujeito e aproveitar os potenciais e recursos que se apresentam nela (Puchivailo, Costa & Holanda, 2019, p. 93).

Um outro tipo de crise que pode ocorrer na vivência da pessoa com transtorno mental é a **tentativa de suicídio**. Há um debate histórico sobre a associação entre suicídio e transtorno mental, em especial, se é possível igualar os dois fenômenos: tentativa de suicídio é sempre um sintoma psiquiátrico? Durkheim (1897/1973) já demonstrou que existem diferentes formas de buscar a morte, como a egoísta (em função da falta de sentido para a vida), a altruísta (em prol do grupo que pertence) e a anômica (em função de uma crise societária), assim, mesmo que a pessoa não tenha um transtorno mental ela pode optar pelo suicídio.

Mesmo que nem todo suicídio seja uma expressão de um transtorno mental, os casos aqui relatados falam dessa conexão, já que as tentativas e ideações suicidas narradas aconteceram quando essas pessoas já estavam recebendo cuidados para a saúde mental (às vezes por um longo período). Ou então, se foi a tentativa de suicídio que desencadeou o tratamento médico, esse não foi o único sintoma encontrado pela equipe de profissionais e por isso, o encaminhamento foi feito para tratamento contínuo no CAPS, ao invés de um atendimento pontual.

Ainda que essa pesquisa não tenha fins quantitativos, é importante salientar que dos vinte entrevistados, catorze citaram ideação suicida, tentativas ou que pelo menos o pensamento de morte surgiu em algum momento, como podemos ver a seguir:

*“Eu sempre falo que se eu não tivesse Deus na minha vida eu já tinha tirado a minha vida a muito tempo porque eu já tentei várias vezes, não foi uma nem duas vezes, foram várias vezes, com medicamento, com faca, com corda, com carro na BR eu já tentei várias vezes me matar”* (Betânia, 36 anos, química).

*“Pensei em suicídio, agora não penso mais, mas já pensei muito em suicídio em me jogar de prédio, já pensei várias coisas assim”* (Edson, 55 anos, pedreiro).

*“Tentei me enforcar com um fone de ouvido, mas o fone de ouvido estourou no dia”* (Rafael, 19 anos, estudante).

*“Eu tomei acho que 18 Fluoxetina, calmante, eu tomei 18 Fluoxetina [...] Eu achei lá em casa, não sei de onde que surgiu aquela fluoxetina, achei lá em casa e acabei tomando”* (Juliana, 30 anos, serviços gerais).

*“O dia 26 de setembro eu tomei um vidro inteirinho de Clonazepam porque eu estava com muita dor, tanto doía as pernas, os braços, a cabeça, o estômago, doía tudo, daí eu não sabia o que fazer com tanta dor, eu queria uma coisa que sumisse a dor e eu acabei tomando um vidro de Clonazepam inteiro [...]”* (Ivone, 52 anos, gerente geral).

*“Eu tentei o suicídio. Você pode não acreditar, eu tomei 100 diazepam, eu tomei três vidros de depakene, eu tomei três caixas de carbolitium, e eu tomei mais uma caixa de quetiapina, e daí eu escutei no rádio que uma moça estava com depressão tinha tomado remédio e tomou bebida alcoólica em cima e morreu e eu fui e comprei um vidrinho de pinga e tomei em cima de todos esses remédios. Foi num sábado e aquele dia a minha neta quis posar lá em casa e eu não queria que ela posasse porque eu já estava com plano de fazer o que eu ia fazer, ela posou lá em casa, eu esperei ela dormir, meu marido chegou bêbado, me xingou um monte, um monte, um monte, sem eu saber o porquê, aí eu falei ‘hoje eu vou fazer, hoje eu vou fazer’” (Noemi, 59 anos, salgadeira).*

Ainda que os entrevistados tenham usado métodos diferentes em suas tentativas de suicídio, chama atenção como os medicamentos psiquiátricos são utilizados para esse fim, o que demonstra a ambivalência que existe em relação a eles, que são “a cura” e “o veneno” ao mesmo tempo, uma vez que os pesquisados enaltecem sua importância para o controle do quadro clínico, mas se incomodam com o fato de precisar fazer uso dos medicamentos de modo continuado. Ainda sobre os depoimentos, destaca-se também o fato de detalharem o uso da medicação na tentativa de suicídio, falando o que tomaram, em que quantidade e com que procedimento, assinalando o esforço que empreenderam nessa tarefa.

Dentre os relatos, o mais longo e minucioso é o de Noemi, que aqui reproduzimos apenas em parte, mas que começa muito antes do ato em si. Noemi aponta como motivação para a sua tentativa de suicídio as preocupações com o filho, que tinha acabado de se separar e estava fazendo uso de substâncias psicoativas, e as frequentes agressões verbais por parte do marido. Assim, ela fez todos os preparativos para o ato e até estabeleceu um limite: se naquele dia o marido, ao chegar em casa, a maltratasse ela se suicidaria para acabar com o sofrimento que estava passando. Todavia, houve um imprevisto e levaram sua neta para passar a noite com ela, o que a levou a duvidar do plano, mas o marido chegou em casa e extrapolou o limite posto, assim ela levou a ideiação ao ato, que só não resultou em morte porque a neta acordou de madrugada para ir ao banheiro e vendo a situação, pediu ajuda. O processo de análise feito por Noemi sobre a sua situação de vida e que leva a decisão do seu aniquilamento, pode ser refletido a partir de Fuchs (2018, p. 8), quando este fala sobre como “para decidir contra a própria vida é preciso ter uma relação com essa vida e consigo mesmo, é preciso vê-la como um todo, avaliá-la e preferi-la a morte”, sendo, portanto, o suicídio um desfecho possível para a existência humana, haja vista sua liberdade de escolha.

O fato é que a psique humana é passível de adoecimento justamente pelas suas características constituintes. O humano tem liberdade de escolha diante de um campo de possibilidades, diferente das necessidades naturais da vida animal, e por isso pode falhar. Tem capacidade de imaginação e com isso pode antecipar o futuro, com suas doenças, perdas, separações ou guerras. Possui reflexividade e pode colocar-se a si e suas ações sob escrutínio. Sente angústia. Tem consciência da própria vida, e conseqüentemente, da própria morte. Portanto, o humano possui uma vulnerabilidade existencial que abre as portas para o adoecimento psíquico (Fuchs, 2018).

Ainda que não seja completamente possível compreender uma vivência que é estranha a nós, como lembra Jaspers (1913/1973, p.120), já que sempre sobra algo de “incompreensível,

inapreensível e imperceptível”, sem embargo, é importante fazer a tentativa, ainda com mais afinco quando se trata de ouvir a voz dos apartados, que nem sempre é escutada (Spivak, 2010). Nesta pesquisa buscamos a compreensão da vivência da loucura ouvindo aqueles que a experienciam cotidianamente e o que se destacou foi que há muito menos desrazão do que se espera nesse fenômeno: a loucura não retira o sentido das ações, apenas colore com novas tintas, novas significações.

Assim ao conhecermos os delírios e as suas conexões com o vívido, compreendemos como a voz ouvida é uma realidade, reconhecemos o processo de insônia e de sono em demorado, apreendemos as motivações que levaram a uma tentativa de suicídio e mesmo na crise encontramos conteúdos importantes que falam sobre a situação que a pessoa está enfrentando. Novamente recorremos a Jaspers (1913/1973), quando este afirma que mesmo quando os delírios se manifestam, mesmo quando o pensamento está não sistemático e confuso, mesmo nas psicoses agudas, ainda assim, o doente busca um nexo de sentido.

### Considerações Finais

Ao longo deste artigo, para tratar da psicopatologia, duas ideias-força foram acionadas: a experiência de doença como conceito e a descrição como metodologia. O encontro entre as duas se dá na fenomenologia como fundamento.

A fenomenologia enquanto uma atitude filosófica deve ser o procedimento metodológico adotado para fazer qualquer aproximação aos casos de psicopatologia. A postura fenomenológica parte da observação da experiência vivida e uma descrição densa daquilo que se desvela, e isto precisa ser anterior a qualificar essa vivência como sintoma, fechar um diagnóstico ou definir a conduta terapêutica.

Através da descrição dos casos aqui relatados foi possível adentrar na experiência vivida e no mundo dos enfermos para compreender as manifestações do delírio, audição de vozes, alterações nas vivências afetivas e padrões de sono, crise e tentativas de suicídio, tanto na apresentação individual como nas linhas gerais que permitem compreender essas situações como fenômenos psicopatológicos. Neste cenário, o conceito de experiência de doença, oriundo da sociologia da saúde, foi fundamental pois permitiu fazer a leitura da vivência singular a partir da concretude da doença instalada.

### Referências

- Alves, PC. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos De Saúde Pública*, 9(3), 263–271. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>
- Alves, PC. (2006). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 8, p.1547-1554.
- Alves, PC.; Rabelo, MC. (1999). Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: Rabelo, Míriam Cristina M.; Alves, Paulo César B.; Souza, Iara Maria A.. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 171-186.

- Alves, PC.; Rabelo, MC.; Souza, IM. (1999). Introdução. In: Rabelo, Míriam Cristina M.; Alves, Paulo César B.; Souza, Iara Maria A.. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Augras, M. (1986). *O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.
- Bak, A. (2019). Notas sobre fenomenología de la enfermedad. A propósito del libro *Phenomenology of Illness*. *Acta Mexicana de Fenomenología. Revista de Investigación Filosófica y Científica*, (4), 29-56. <https://actamexicanadefenomenologia.uaemex.mx/article/view/14577>
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa*. São Paulo: Brasil Debates.
- Binswanger, L. (2013). *Sonho e Existência. Escritos Sobre Fenomenologia e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Blankenburg, W. (2013). *La perdida de la evidencia natural: Una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia* (Otto Dörr & Elvira Edwards, Trad). Santiago: Universidad Diego Portales. (Original publicado em 1971).
- Czeresnia, D., Maciel, EMGS., Oviedo, RA. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Durkheim, E. (1973) *O Suicídio*. Lisboa/São Paulo: Editorial Presença/Martins Fontes. (Original publicado em 1897).
- Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária.
- Fuchs, T. (2018). *Para uma psiquiatria fenomenológica: Ensaio e conferências sobre as bases antropológicas da doença psíquica, memória corporal e si mesmo ecológico*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Fukuda, A. Fukuda, L. Holanda, AF, (2024). *Dialética e senso comum: as contribuições de Wolfgang Blankenburg à psicopatologia fenomenológica*. In A. F. Holanda & C. L. do Nascimento (Orgs.), *Diálogos interdisciplinares em fenomenologia e pesquisa: leituras em fenomenologia e pesquisa*. Cachoeirinha: Fi.
- Gaspari, I. (2021). *A vida secreta das emoções*. Belo Horizonte: Âyiné.
- Jaspers, K. (1973). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu (Original publicado em 1913).
- Jaspers, K. (2005). *A abordagem fenomenológica em psicopatologia*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (4), 769-787 (Original publicado em 1912).
- Husserl, E. (1986). *A Idéia da Fenomenologia: cinco lições*, Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1907).
- Langdon, EJ. (2001). *A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença*. *Etnográfica: Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social*. V(2):241-260.

- Lobosque, AM. (2015). Preparação para o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. In M. T. Zeferino, J. Rodrigues, & J. T. de Assis (Orgs.), *Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial* (pp. 10–48). UFSC.
- Minkowski, E. (2016). 2016. O delírio. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, v.5, n.1, p.72-85.
- Muhl, C. (2019). *Veredas da loucura: Experiência de doença e itinerário terapêutico* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Paraná]. Repositório Digital UFPR. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/64613>
- Paim, I. (1993). *Curso de Psicopatologia*. São Paulo: Grijalbo.
- Peters, G. (2017). *A ordem social como problema psíquico: do existencialismo sociológico à epistemologia insana*. São Paulo: Annablume.
- Puchivailo, M.; Costa, Il.; Holanda, AF. (2019). Contribuições da fenomenologia para a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: Experiência em um CAPS III de Curitiba. In: Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. (Org.). *Psicologia fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa* (p. 85-98). Boa Vista: Editora UFRR.
- Puchivailo, MC, Silva, GB.; Holanda, AF. (2013). A reforma na saúde mental no brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 230-239.
- Rabelo, MCM., Alves, PCB., & Souza, IMA. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ricoeur, P. (1994) 'La souffrance n'est pas la douleur', *Autrement*, 142 (Souffrances, Corps et âme, épreuves partagées): 58–69.
- Santos, LMD., Oliveira, HO, Ferrarini, EH, Muhl, C. (2025). O campo de batalha das emoções: processos de normatização e regulação. *Caderno PAIC*. 26(1).
- Schutz, A. (2012). *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petropolis: Vozes.
- Spivak, G. (2010). *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Van Den Berg, J. (1973). *O paciente psiquiátrico: Esboço da psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Mestre Jou.
- Zahavi, D. (2015). *A fenomenologia de Husserl*. Tradução de Marco Antonio Casanova. 1ª ed. Rio de Janeiro: Via Verita.